



С.А. Рыженко, Ю.Ю. Кобеляцкий, А.Н. Толубаев, А.М. Машин, В.А. Голубничий, Р.К. Карась,  
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница имени И.И. Мечникова»

# Опыт работы службы лечения острой и хронической боли в многопрофильном стационаре

*Каждый человек имеет право болеть без боли.  
И это одно из его основных прав.  
Монреальская декларация, 2010 г.*

**С** момента зарождения медицины боль является одной из основных проблем обращения пациента за медицинской помощью. Вся история медицины – это поиск путей устранения боли. Боль сопровождается многими негативными проявлениями, которые могут усугубить имеющиеся или вызвать новые расстройства у пациента. Это позволяет рассматривать ее как сильный негативный фактор, влияющий на все этапы лечебного процесса.

Особенностью современной медицины является постоянное расширение арсенала консервативных и хирургических подходов к лечению больных. Многие методики, а именно эндоскопические техники, пункционная биопсия, установка сосудистых доступов, пункции полостей и т. д., сопровождаются болевыми ощущениями, которые недостаточно устраняются.

Современные требования к лечебному учреждению предполагают проведение скрининга всех пациентов в отношении наличия боли. При аккредитации лечебных учреждений за рубежом отдельно оценивается сформированная политика в области устранения боли.

Уровень современных медицинских технологий в развитых странах предусматривает открытие специализированных структур по решению вопросов, связанных с лечением острых и хронических болевых синдромов, с формированием отдельной специализации – *альгологии*. На общемировом уровне 88 стран имеют в арсенале своих клиник отделения по лечению боли.

С ноября 2011 года в Днепропетровской области, в тесном сотрудничестве с кафедрами Днепропетровской медицинской академии, начал реализовываться проект «Больница без боли» на базе Днепропетровской областной клинической больни-

цы имени И.И. Мечникова. В основе деятельности службы лежит опыт работы кафедры анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», которая с 1997 года уделяет проблеме устранения острой послеоперационной боли первостепенное внимание. За период существования службы лечения острой и хронической боли разработаны и внедрены направления по лечению и курации:

- послеоперационного (периоперационного) болевого синдрома;
- родовой боли;
- боли при травмах;
- пособие при вправлении вывихов малых суставов, репозиции небольших переломов, первичной обработки хирургических ран;
- обезболивание пациентов, поступивших в клинику с острым болевым синдромом различной этиологии.

В последние годы наблюдается растущая тенденция к использованию легкой и умеренной седации при диагностических процедурах и малоинвазивных вмешательствах. Целью процедурных седаций является безопасный и эффективный контроль боли и тревоги, а также обеспечение соответствующей степени потери памяти или снижение уровня осведомленности пациента.

Нами внедрены в клинику принципы анестезиологического пособия при использовании описанных ниже подходов.

## I. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

- Колоноскопия.
- Гастроскопия, особенно в сочетании с полипэктомией.
- Одновременное проведение колоно- и гастроскопии.



- Бронхоскопия у некоторых категорий больных (склонность к бронхоспазму и др.).
- Бронхоскопия с полипэктомией, биопсией, при аллергологическом анамнезе и т. д.
- Длительные эндоскопические процедуры (постановка стентов и др.)

## II. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- Трепанобиопсия печени, поджелудочной железы, забрюшинно расположенных образований.
- Пункция и дренирование жидкостных образований и кист печени, поджелудочной железы, забрюшинного пространства и внеорганной локализации.
- Пункция и дренирование абсцессов брюшной полости, печени, нагноившихся кист другой локализации.
- Чрескожное чреспеченочное дренирование печеночных протоков и желчного пузыря при механической желтухе различного генеза.

## III. СЕДАЦИЯ И АНАЛГОСЕДАЦИЯ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ

- Исследование методом магнитно-резонансной томографии (седация беспокойных больных или лиц с клаустрофобией).
- Артериография, коронарография.
- Пункция, биопсия, в том числе радио-/эхо-управляемая.

При проведении анестезиологического пособия у данной категории пациентов *минимальный стандарт мониторинга* включает в себя:

- электрокардиографию с определением частоты и правильности ритма сердечных сокращений и анализом ST-сегмента;
- измерение артериального давления неинвазивным способом;
- периферическую пульсоксиметрию.

## Хирургические критерии отбора пациентов:

- продолжительность манипуляции 30-40 минут (не более 1 часа);
- манипуляция, не связанная с большой кровопотерей;
- манипуляция, не представляющая потенциального риска для жизни больного;
- манипуляция, которая не нарушает функциональных способностей пациента;
- пациент после манипуляции:
  - не находится в обездвиженном состоянии;
  - сохраняет возможность самообслуживания;
  - способен продолжить прием постоянно принимаемых медикаментов.

## Анестезиологические критерии отбора пациентов:

в большинстве случаев манипуляции проводятся пациентам, которые соответствуют I-II классу по шкале Американской ассоциации анестезиологов (American Society of Anaesthesiologists, ASA). Пациенты III класса также допускаются при условии, что они хорошо компенсированы по основному заболеванию, и при этом предстоящая манипуляция не представляет собой угрозы декомпенсации.

## Медикаментозное сопровождение:

- антиэметики;
- пропופол – быстрая индукция в дозе 1-1,5 мг/кг, поддержание седации – болюсы пропопола по 20-40 мг (контролируемая седация);
- налбуфин 0,15-0,3 мг/кг или фентанил 0,8-1,1 мкг/кг.

## Критерии выписки пациента из стационара:

- стабильное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы;
- ясное сознание (полная ориентированность, отсутствие сонливости);
- пациент в состоянии принимать пищу, ходить, обслуживать себя и справлять свои физиологические потребности;
- прошло не менее 2 часов после пробуждения;
- пациент в состоянии принимать свои обычные медикаментозные препараты.

## Выводы

Качество устранения боли – один из главных интегральных критериев, определяющих мнение пациента о пребывании в больнице, а значит – ее престиж и привлекательность.

Инициатива «Больница без боли» подразумевает, что устранение боли на всех этапах лечебного процесса с момента поступления в приемно-диагностическое отделение должно стать приоритетной задачей, равной по значимости стабилизации витальных функций организма.

«Больница без боли» – это шаг навстречу пациенту, максимальный учет его желаний и создание комфортной среды пребывания во всех ее подразделениях.

Наш опыт говорит о том, что данное направление работы необходимо не только как шаг к международным стандартам и критериям работы клиники, оно также крайне востребовано со стороны потребителя медицинских услуг – пациента.